

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

401

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

JEAN M. ROUX

né le 13 Février 1904, à DROUX (Haute Vienne)

Le Cancer du Rectum
chez les jeunes gens

Président : M^r le Professeur BALTHAZARD

IMPRIMERIE MOUYSET

145 bis, Rue d'Alésia, 145 bis
PARIS

1932

101

101

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

Par M. J. B. B.

1811

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS

PAR M. J. B. B.

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS

1811



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Le Cancer du Rectum
chez les jeunes gens**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

JEAN M. ROUX

né le 13 Février 1904, à DROUX (Haute Vienne)

Le Cancer du Rectum chez les jeunes gens

Président : M^r le Professeur BALTHAZARD

IMPRIMERIE MOUYSET

145 bis, Rue d'Alésia, 145 bis

PARIS



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire.....	MULON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri..	Pathologie médicale.
BROCO	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT..	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Pathologie médicale.
HUTINEL	Hygiène.
JOANNON	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)..	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtre.
LIAN	Pathologie médicale.
MULON	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT..	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	REITTERER	Histologie.
LEROUX ..	Anatomie pathologique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgic.
CHIRAY	— id. —	MOCQUOT	— id. —
DEBRÉ	— id. —	PROUST	— id. —
DUVOIR	— id. —	SCHWARTZ	— id. —
BASSET	Clinique chirurgic.	LE LORIER.....	— id. —
CHEVASSU	— id. —	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétric.
HEITZ-BOYER	— id. —	METZGER	— id. —

V. — CHARGÉS DE COURS

MM	MATTECLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLE-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

avec l'expression de toute la tendresse pieuse

que l'on doit à sa maman.

A MON BEAU-PERE

avec toute mon affection et toute ma reconnaissance.

A MES FRERES

morts au Champ d'Honneur en août et septembre 1914

A MON GRAND-PERE DEFUNT

•

A M. L'ABBE GIROUD

mon cher et premier maître

auquel je dois l'orientation de mes études.

Avec toute ma reconnaissance.

Meis et Amicis.

A M. LE DOCTEUR BALTHAZARD

*Officier de la Légion d'Honneur
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de Médecine Légale
Membre de l'Académie de Médecine.*

*qui a bien voulu nous faire le grand honneur
de présider cette thèse.*

Avec l'expression de toute notre gratitude.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Aux Docteurs :

CUBERTAFON;
VOUZELLE;
DEVAUX;
DURAND;
de Limoges.

A M. LE PROFESSEUR TEXIER

(In memoriam);

AU DOCTEUR DESMAREST;
FONCK BRENTANO;
SAINTON;
CARRIER;
de Paris.

A MES AMIS DE COLLEGE ET DE FACULTE.

INTRODUCTION

Le cancer du rectum chez les jeunes est une affection assez peu courante. Elle est même d'autant plus rare que toutes les observations prises à ce sujet ont été en général publiées pour leur rareté précisément ; or il y en a peu.

Les annales médicales sont assez avares à ce sujet. En France, cette question n'a pas eu la faveur de publications nombreuses. Aussi, avons-nous dû faire des recherches bibliographiques dans la littérature étrangère. Les Américains et les Allemands, en citent un certain nombre de cas. Nous donnons un peu plus loin la traduction de quelques observations qui nous ont semblées intéressantes parce que histologiquement contrôlées.

En outre, le docteur Carrier, médecin des hôpitaux, a récemment publié dans la Revue Médicale française trois observations de ce genre dont l'une nous est commune.

C'est lui qui nous a donné l'idée de cette thèse. Aussi tenons-nous à le remercier bien sincèrement des excellentes directives et de la peine qu'il s'est donnée pour nous aider et nous orienter dans notre travail.

Nous n'avons point l'intention de décrire une symptomatologie tout à fait spéciale au cancer rectal chez les jeunes. Elle est en effet à peu près la même que dans le cas classique de l'âge mûr. Nous n'avons pas non plus l'avantage de pouvoir proposer un traitement satisfaisant.

Notre but, notre intention la plus absolue est de montrer que cette affection terrible (et nous justifions plus loin ce qualificatif) existe, et que si elle est rare, elle fausse cependant quelquefois les diagnostics.

Notre but est aussi de montrer la nécessité de pratiquer un examen complet du rectum dans toutes les histoires intestinales se manifestant par de la diarrhée, de la constipation, des selles sanglantes, des douleurs pelviennes, etc... On est impardonnable de ne pas pratiquer le toucher rectal dans ces cas, même si l'on a à faire à un syndrome facilement cataloguable. Et puis, la rectoscopie est un moyen d'investigation tellement instructif et tellement simple avec l'admirable instrumentation mise au point par le Docteur Bensaude que l'on ne doit point hésiter à y recourir.

Notre but enfin n'est pas de montrer que nous devons penser constamment à un cancer rectal chez un sujet jeune comme si le cas était fréquent, mais qu'en face de certains symptômes, nous devons chercher à nous prouver qu'il n'existe pas.

Dans notre choix d'observations, nous nous sommes efforcée de recueillir des cas histologiquement contrôlés. Cela a une importance considérable, car il ne faut pas confondre les tumeurs bénignes du rectum et de l'anus qui guérissent facilement avec les épithéliomas, toujours malins de ces régions. Nous avons à ce sujet eu l'occasion de trouver dans une thèse ancienne des comptes rendu de résultats opératoires chez des sujets jeunes atteints de cancers du rectum (?) L'auteur cite des guérisons complètes, il donne même un pourcentage impressionnant d'exérèse chirurgicale suivi de bons résultats. Mais nous devons dire que les observations en question ne parlaient pas d'examen histologique et que certains des malades avaient 40 ans. Nous insisterons plus loin sur l'utilité qu'il y a à faire plusieurs biopsies quand le toucher rectoscopie révèle une tumeur ou une infiltration.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES ET STATISTIQUES

De toutes les localisations sur l'appareil digestif que peut présenter le cancer, celle du rectum est une des plus fréquentes.

Cela paraît vraisemblablement être la conséquence du rôle physiologique et mécanique du rectum.

Ménétrier écrit à ce sujet :

« Ce sont les organes les plus exposés aux traumatismes divers, en prenant ce mot dans son acception la plus large, aux irritations de toute espèce et qui, par là sont les plus sujets aux affections inflammatoires aiguës ou chroniques qui sont aussi le plus souvent atteints de cancer. »

D'après Krasting sur 12.734 autopsies, on trouve 1.078 cancers divers et 57 du rectum, soit 5 %. Stirling Redlich Fechenfeld Jessett ont par leurs observations corroboré ce pourcentage. D'autre part avec Tulle si on compare la fréquence du cancer de l'intestin en général à celle du cancer du rectum on trouve des rapports variant entre 70 et 80 %.

Von Bergmann a observé de 1888 à 1900, 150 cas de cancers du rectum. Parmi ceux-ci :

7	malades	avaient	de 20 à 30	ans.
14	»		30 à 40	»
42	»		40 à 50	»
50	»		50 à 60	»
42	»		plus de 60	ans.
63	%	étaient	des hommes,	37 % des femmes.

Czerny d'Heidelberg en 25 ans a vu 238 cancers du rectum.

1	n'avait	pas	10	ans.
5	avaient	de	20 à 30	ans.
11	»		30 à 40	»
38	»		40 à 50	»
36	avaient	plus	de 50	ans.

Même proportion d'hommes et de femmes que Von Bergmann.

Jonesco dit avoir opéré des malades de 27 ans.

Kuster de Marburg cite 126 cas.

2 malades n'avaient pas 20 ans.

1 avait 27 ans.

16 » de 30 à 40 ans.

19 » 40 à 50 »

34 » 50 à 60 »

54 » plus de 60 ans.

Papper de Grissen et Rotter de Berlin ont aussi opéré des cas de 28 ans.

En 1865, Stemen signale que Henning a trouvé 12 carcinomes sur 1.000.000 d'enfants vivants d'âge inférieur à 15 ans.

6 avaient de 5 à 10 ans.

6 » 10 à 15 ans.

Wienniacher rapporte 18 cas de carcinomes chez des enfants de moins de 14 ans dans une série de 5.278 cas.

Feldener, sur 914 cas de carcinomes rectal en a rencontré 3 chez des enfants jusqu'à 16 ans.

Bernouilly, en 1907, signale sur 50 cas de carcinomes du tube digestif au-dessus de 20 ans, 20 cas de carcinomes rectaux ou recto-sigmoïdiens.

Pennington, en 1912, publie sur 7.174 cas de cancers du rectum, 40 carcinomes chez des sujets de moins de 20 ans.

Enfin, Lasmer, en 1923, a constaté histologiquement un épithélioma du rectum chez un enfant de 3 ans.

Jaboulay, le Professeur Tixier, le Professeur Bérard, de Lyon, ne modifie pas sensiblement les pourcentages précités.

Clarck et Loewenberg de Philadelphie, et Conen, en Allemagne ont aussi publié des pourcentages semblables; c'est-à-dire qu'en résumé, et pour fixer les idées nous pouvons admettre en faisant une moyenne impartiale que 4 % des cas de cancer du rectum se rencontrent chez des sujets jeunes et que le cancer rectal chez eux représente 0,35 % du cancer en général.

Ce que nous appelons des jeunes gens, il est important de dire, ce sont des sujets ayant au maximum 25 à 28 ans. Cette affection, en outre, semble s'adresser plus particulièrement à l'homme. D'après Quenu, Hartmann, Loewenberg, Bergmann, 60 % des cas se rencontrent dans le sexe masculin et 40 % chez la femme.

Il serait tentant, enfin, de dire étant donné la forte proportion d'observations étrangères, Allemandes, Anglaises et Américaines du Nord, à ce sujet, que les peuples de race latine semblent plus épargnés que les autres par cette redoutable affection. Mais nous considérons que cela serait peut-être trop osé, bien que nous n'ayons pas réussi à recueillir d'observations italiennes ni espagnoles. Seul, Lasnier, de Montevideo, en cite un cas en 1923 et Ballas de Budapest un autre en 1911.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Comme nous venons de le voir, il est bien difficile de dire que certaines races sont plus prédisposées que d'autres.

On ne peut pas dire, non plus, pour rester dans notre sujet que les jeunes gens soient particulièrement prédisposés au cancer du rectum puisque nous avons trouvé qu'ils ne représentaient que 4 % des cas.

L'étiologie de cette question reste profondément obscure comme toute la question du cancer en général.

Pourquoi des cellules muqueuses ou épithéliales cessent brusquement leur évolution ordonnée à côté de leurs voisines, pourquoi abandonnent-elles leur rôle de revêtement pour évoluer d'une façon anarchique vers des formes atypiques et paradoxales, puis

une fois constituées en tumeur, pourquoi secrètent-elles des toxines, pourquoi procèdent-elles par envahissement et se propagent-elles par métastases?... On n'en sait rien.

Le monde savant tout entier est groupé autour de cette question. On cherche, on cherche, mais on avance très lentement. Nous n'avons point ici, comme il va de soi, l'ambition de résoudre le problème, aussi allons-nous résumer brièvement l'opinion de quelques auteurs à ce sujet.

L'étude des antécédents héréditaires et personnels que l'on peut rapprocher de l'apparition d'un cancer du rectum montre en effet :

- a) des prédispositions héréditaires directes;
- b) et l'irritation locale.

Citons en faveur du premier cas l'observation de Ricord où le malade atteint d'un cancer du rectum avait eu sa mère qui était morte d'un cancer au sein et sa sœur atteinte d'un cancer du foie; ce qu'il l'avait fait penser à la possibilité d'une diathèse néoplasique. Citons aussi le cas de Schild où les trois sœurs avaient de 30 à 35 ans, présenté tour à tour un cancer du rectum. Hartmann rapporte aussi le cas d'une malade atteinte de cancer du rectum dont la mère était morte d'un cancer du foie et la sœur d'un cancer de l'utérus.

Mais si l'hérédité directe paraît avoir un rôle prédisposant, l'irritation locale semble elle aussi exercer une action favorisante, bien qu'elle soit loin d'exister dans tous les cas. Quoi qu'il en soit, elle cadre bien avec l'opinion qu'ont de nombreux auteurs sur le développement du cancer. « Un déséquilibre cellulaire. » « Un développement atypique des cellules sous l'influence de causes mécaniques, chimiques, parasitaires ou infectieuses. » « Une différenciation fonctionnelle des cellules qui les ramène à l'état purement végétatif, propre à des multiplications successives, monstrueuses et désordonnées. » Cette irritation locale créerait « l'état précanéreux ».

Elle se trouve réalisée très fréquemment par les hémorroïdes, mais les statistiques les plus minutieuses ne dépassent pas 3 à 9 %, ce qui a peu de valeur. D'ailleurs ce n'est pas leur coexistence ou leur préexistence qui serait à prendre en considération, mais le fait que la tumeur se serait développée sur l'hémorroïde même. Or un tel cas est rare. Plus importantes dans cet ordre d'idées sont les irritations créées par la diarrhée et la constipation, d'après Volkmann, ainsi que les lésions syphilitiques, tuberculeuses, traumatiques, les prolapsus ulcérés, le diabète et enfin la polypose adénomateuse. 62 cas de ce genre, en effet, réunis par Ritter, Quenu, Doering,

Lynch, donnent l'impressionnante fréquence de cancer de 46 %. Ce serait même le plus souvent un cancer de jeunes malades.

Enfin, la coexistence d'autres tumeurs jouerait ainsi un rôle. Hartmann rapporte le cas d'une malade opérée d'un cancer de la langue, qui huit mois après présentait un cancer du rectum. Quenu celui d'une malade atteinte d'un cancer rectal qui avait été déjà opéré d'un cancer du sein. Challier et Mondor ont soigné une malade présentant à la fois un cancer du sein et un cancer du rectum.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue siège, Quenu et Hartmann distinguent 4 cas :

- a)* Cancer bas placé au-dessus des releveurs dans la traversée shynctérienne du rectum;
- b)* Cancer moyen infrapéritonéal, ampulaire;
- c)* Cancer haut : du cul de sac péritonéal jusque plus ou moins haut dans l'anse oméga;
- d)* L'envahissement cancéreux total.

Les statistiques à ce sujet donnent :

Cancer bas	51
» moyen	348
» haut	130
» totaux	6

Au point de vue forme, on distingue — bien que cela ne signifie pas grand' chose étant donné le polymorphisme des cas :

- a) Une forme tubéreuse (tumeur saillante);
- b) Une forme lamelleuse (infiltrations);
- c) Une forme annulaire (sténose).

Dans tous ces cas il y a extension et propagation plus ou moins éloignée, en général très rapide, aux organes environnants, puis par métastase aux ganglions et parfois même au foie et au péritoine.

Au point de vue histologique :

1° Lorsque le cancer se développe dans l'anus, c'est un épithélioma pavimenteux où on distingue :

- a) Un épithéliome lobulé à globes épidermiques;
- b) Un épithélioma tubulé sans globe, or comme le remarque Quenu et Landel, l'élément important n'est pas le globe épidermique groupement de cellules, en voie de kératinisation, mais, cette kératinisation elle-même.

2° Lorsque le cancer se développe dans le rectum, c'est d'un épithélioma cylindrique en raison de la structure de la muqueuse.

Dans cette forme cylindrique, on distingue :

- a) Un élément épithélial dont les cellules se groupent ou en pseudo globes avec lumière très distincte séparée par des travées de tissus conjonctifs (carcinome adénomateux de Hansen); ou alors elles perdent leur forme normale et constituent des cylindres pleins ou des masses cellulaires disposées concentriquement;

- b) Un stroma conjonctif variable selon les formes : tantôt il est réduit à de minces travées séparant les tubes ou les cylindres qui composent à eux seuls presque tous le néoplasme. Tantôt le tissu conjonctif réagit au contact du tissu épithélial et il se forme des traînées épaisses séparant les formations épithéliales : c'est le carcinome squi-reux.

Bien que ces deux formes paraissent devoir se développer en des lieux bien déterminés par l'anatomie, on rencontre des cas où la zone transitoire de la muqueuse à épithélium pavimenteux est mal délimitée, parfois même il existe des îlots muqueux à épithélium cylindriques dans la région anale. Cela justifie l'existence quelquefois l'épithélioma cylindrique de l'anus et inversement quelquefois aussi des épithéliomas pavimenteux du rectum.

DEUXIEME PARTIE

Le Cancer du rectum chez les jeunes gens

CHAPITRE I

OBSERVATION I

DOCTEURS CARRIER ET ROUX

Jeanne B..., âgée de dix-huit, grosse et forte fille de 68 kilogrammes pour une taille de 1 m. 59, a toutes les apparences extérieures d'une belle santé.

Elle présente, depuis six mois environ, un syndrome de dysenterie chronique, avec des alternatives très marquées de sédation et de paroxysmes : elle reste une ou deux semaines sans aucun trouble intestinal, puis souffre pendant quelques jours. Au cours des paroxysmes, elle a trois ou quatre selles par jour,

du type de la fausse diarrhée, matières dures, en billes agglomérées dans des glaires abondantes et épaisses, et surtout des faux besoins et du ténesme; à aucun moment, elle n'a présenté d'obstruction. Son état général s'est maintenu, et, six mois après le début des troubles intestinaux, elle n'a pas maigri.

Elle a été considérée et traitée comme atteinte de dysenterie amibienne, et le diagnostic paraît d'autant plus vraisemblable que son frère est revenu. il y a un an, du Levant, où il avait été atteint de cette maladie. Il n'a pas été pratiqué de toucher rectal ni de rectoscopie, mais il a été fait deux examens de selle; elle ignore le résultat du premier, mais le second, dont elle apporte le protocole, a été négatif du point de vue de la recherche des amibes : ce résultat négatif n'était point d'ailleurs pour étonner, car la recherche a été faite après une série d'injections d'émétine et la prise d'un grand nombre de comprimés de stovarsol.

Cette dysenterie paraît, il est vrai, singulièrement résistante, car des traitements énergiques et bien conduits n'ont apporté aucune amélioration. Cependant devant cette histoire, j'envisageais le même diagnostic et, si je pratiquais un examen rectal, toucher et rectoscopie, c'était avec la pensée que j'allais me trouver en présence de belles lésions dysentériques. Or l'examen rectal montra un volumineux carcinome

bourgeonnant situé sur la face antérieure de l'ampoule rectale et qui comblait presque, par sa masse, la cavité ampullaire. Devant le bon état général de la malade, malgré l'étendue des lésions, une exérèse fut tentée : mais elle succomba deux jours après l'intervention.

OBSERVATION II

DOCTEUR CARRIER

M. B... est un jeune homme de vingt-quatre ans, qui, depuis six mois environ, présente des troubles intestinaux discrets. Il souffre de douleurs abdominales vagues, sans caractères nets, sans siège constant, sans acuité, sans horaire précis. Il est tour à tour légèrement diarrhéique; il n'a jamais été ballonné. A deux reprises, il a eu de petites hémorragies rectales de sang rouge, de type hémorroïdaire. Au surplus, il a, depuis quelques semaines, quelques sensations rectales pénibles, faux besoins qui aboutissent à l'expulsion de quelques glaires. Il a de l'anorexie; il a maigri et il est très pâle.

Sa famille, frappée par la mauvaise mine qu'il a prise depuis qu'elle l'avait vu, le fait examiner par un médecin qui l'adresse pour intervention, avec le diagnostic d'appendicite chronique, à un chirurgien.

Celui-ci, que ce diagnostic ne satisfait point, me demande mon avis et, devant l'histoire de cette maladie, avant tout examen local, je songe à la possibilité d'un néoplasme; n'eût pas hésité à envisager ce diagnostic en présence d'un homme plus âgé; seul le jeune âge du malade faisait paraître très osé un tel diagnostic.

L'examen rectoscopique montra, sur la face antérieure de l'ampoule, l'existence d'une petite masse bourgeonnante et ulcérée, reposant sur une base très dure qui résistait devant le tube rectoscopique. L'aspect macroscopique était incontestablement celui d'un néoplasme; sans doute la morphologie était un peu polypeuse, mais ce n'était point la masse molle d'un simple polype.

Une première biopsie, bien qu'elle ait été faite en bonne place et dans de bonnes conditions, ne montra que des lésions adénomateuses simples, sans signes de malignité. Alors, de nouveau, la notion d'âge intervint et vint faire hésiter le diagnostic. D'autres médecins virent le malade; on parla de mycose, de tumeur inflammatoire banale, d'adénome infecté; on fit une réaction de Wassermann, qui se montra négative. Le malade fut soumis, sans résultat, à un traitement ioduré intensif. Après quoi, je refis une biopsie et prélevai deux fragments : sur l'un de ceux-ci on ne vit, comme sur la biopsie précédente que des lésions

adénomateuses bénignes, mais sur l'autre on vit, en une région, d'incontestables cellules néoplasiques.

L'état général du malade, très précaire, s'opposait à une intervention chirurgicale importante : pour pallier aux manifestations rectales, un anus iliaque fut ouvert. Le malade devait succomber, deux mois après, de cachexie.

Il est intéressant de noter que, seul, un des trois fragments de biopsie montra des cellules néoplasiques, et encore en un point très limité de la coupe.

OBSERVATION III

DOCTEUR CARRIER

Je ne puis donner une observation complète de D..., n'ayant examiné qu'une seule fois ce malade.

Le diagnostic fut fait dans des conditions inusitées. Un médecin de province m'avait adressé deux de ses clients, le père et le fils, avec le diagnostic d'amibiase intestinale familiale.

Le père, que j'interrogeai le premier, était âgé de cinquante-huit ans et l'histoire de sa maladie paraissait très nette; c'était un ancien colonial, qui avait vécu longtemps en Indo-Chine, où il avait eu maintes crises diarrhéiques; depuis son retour en France, qui datait d'une quinzaine d'années, il était sujet, dit-il, à l'entérite. Depuis sept à huit mois, celle-ci s'était accentuée et un syndrome dysentériforme, à évolu-

tion paroxystique, s'était installé, sans altération manifeste de l'état général.

Le fils avait vingt-huit ans; sa maladie ne datait guère que de trois à quatre mois et avait les mêmes caractères que celle de son père, évolution paroxystique quatre à six selles par jour, faux besoins avec expulsion de glaires, mais l'état général était beaucoup plus altéré : gros amaigrissement et pâleur et, au surplus, foie un peu gros et rouloureux qui avait fait penser à un début d'hépatite amibienne.

Je complétais l'examen par une exploration locale. Chez le père, je constatai l'existence d'une tumeur bourgeonnante de l'ampoule rectale, et je ne fus pas peu surpris lorsque je retrouvai chez le fils une tumeur presque identique comme forme, aspect et étendue. L'examen histologique des biopsies des deux tumeurs montra des lésions néoplasiques si identiques qu'elles paraissaient appartenir à une même coupe.

OBSERVATION IV

DOCTEUR H. CHARK, de Boston

(Annals of Surgery 1926, p. 833)

*Cancer de l'Anse sigmoïde et du Rectum
chez les enfants et les adolescents*

H. L.... garçon de 16 ans est admis à l'Hôpital Samaritain le 8 mars 1924, se plaignant d'une douleur dans la région sacro-iliaque et dans la région

inférieure de l'abdomen. Celle-ci a été ressentie pour la première fois 6 mois auparavant, environ, mais elle était devenue plus violente depuis.

Histoire passée. — Il y a 3 ans, le malade était opéré pour une hernie inguinale. Pendant l'été de 1923, il souffrit d'hémorragie d'origine hémorroïdaire (diagnostic du patient). Il subit une nouvelle opération pour récurrence en novembre 1923. Depuis lors la douleur a été plus violente. L'examen physique révèle un jeune homme un peu émacié, d'apparence faible. Il n'existe rien du côté des poumons. Aucune sensibilité, rigidité au ballonnement de l'abdomen. Sur le trajet du colon descendant, on peut sentir par la palpation des ganglions hypertrophiés. L'examen neurologique, radiologique, urologique, pratiqué par les services compétents ne révèle rien qui explique cette douleur. L'analyse des urines et la réaction de Wassermann sont négatives. L'analyse du sang montre : 35 % d'hémoglobine (Dare); globules rouges 2.350.000; globules blancs 6.400; polynucléaires 67 %; lymphocytes 30 %, mononucléaires 3 %. Le temps de coagulation par la méthode Boggs-Brodie était de 4 minutes 1/2. L'examen des selles montre une hémorragie occulte très nette. L'examen proctologique fait par le Dr H.R. Hibsman, le 10 mars 1924, montre qu'à la partie postérieure de l'anus avait existé une infection ancienne, maintenant guérie. Pas

de nouvelles tumeurs. Les fécès émises étaient de couleur foncée et contenaient du mucus. L'odeur repoussante semblait plutôt due au sang qu'à la tuberculose? La palpation faisait percevoir un état nodulaire le long du colon pelvien et du colon descendant. Diagnostic avant l'opération — tabès mesentérique.

L'abdomen fut ouvert par le Dr. W. W. Babcock le 12 mars 1924 avec les résultats exacts suivants. Il existait une masse de glandes, dégénérées et calcifiées, de la dimension du poing, au bord du pelvis; de même une constriction annulaire du sigmoïde au niveau du bord du pelvis, adhérent à une bride de l'iléon. La colostomie fut faite et un petit morceau de tissu induré prélevé pour examen. Après l'opération le malade s'affaiblit graduellement et mourut 3 jours plus tard d'asthénie, le 15 mars 1924. L'autorisation de faire l'autopsie fut refusée.

Rapport. — L'échantillon est constitué de petits débris de tissu, quelques-uns ayant un revêtement de membrane muqueuse de 1 mm. d'épaisseur au moins. Superposés en une couche assez dense, composée de bandes de tissu ferme, translucide, opaque de 0,5 cent. d'épaisseur. Il existe aussi de petits corps sphériques composés de capsules solides extérieurement et de noyaux calcifiés. Les coupes microscopiques montrent une membrane muqueuse à épithélium hypertrophié et catarrhal infiltré de leucocytes polynucléaires. Par

endroit la place basale normale des noyaux est détruite. Comme la muscularis mucosa est rapprochée dans ces régions, les cellules épithéliales passent du type cylindrique au type sphérique avec noyau vésiculaire visible et nucléole distincte, et la formation régulière de la glande tubulaire est détruite.

Dans ces mêmes aires, il y a pénétration de la sous-muqueuse par les cellules épithéliales, là où elles existent en cordons et masses solides et imparfaitement creusées hors des acini-glandulaires. Ces nids de cellules épithéliales forment une masse distincte, remplissant entièrement la sous-muqueuse en une zone et commençant à infiltrer la couche musculaire. Ils montrent aussi un peu d'infiltration des cellules polynucléaires.

Le tissu extra-musculaire montre seulement une infiltration périvasculaire des cellules rondes. Les petits corps sphériques montre une capsule de tissu connectif hyalin, avec masse d'éléments cellulaires et une masse centrale amorphe colorant l'hématoxylin. Diagnostic : Carcinome du sigmoïde. Ganglion tuberculeux calcifié.

OBSERVATION V

Dr SAMUEL A. LOEWENBERG, de Philadelphie
Carcinome du Rectum chez un jeune homme de 18 ans
(Medical Journal and Record, V. CXXVII, 1928.)

R. C..., âgé de 18 ans, menuisier, est admis dans mon service au General Hospital de Philadelphie, le

16 juin 1926, se plaignant de diarrhée depuis 6 mois. L'observation prise par le Dr Frank J. Jodzis est la suivante :

Le malade n'avait ni trouble digestif, ni troubles intestinaux avant ces six mois. A ce moment, il commença à avoir quatre selles par jour. Cet état dura deux semaines, puis les selles augmentèrent de fréquence, il arriva à avoir une selle toutes les 15 minutes, pendant le jour, et 5 à 6 fois pendant la nuit, ce qui l'empêchait de manger et de dormir.

Les matières étaient en petite quantité, liquide, blanchâtres ou grisâtres et sans odeur très marquée. Plusieurs fois, il remarqua de petites gouttelettes de sang, et il y a deux mois, il eut des selles couleur de goudron pendant deux jours. Par moment, il éprouvait une légère sensation de brûlure, mais pas de tenesme. Pendant le dernier mois, il avait de temps en temps des crampes autour de l'ombilic. A aucun moment il ne souffrit de constipation, les matières ne se présentèrent jamais sous forme rubannée.

L'histoire de la famille du malade est négative : père et mère vivants; le père a du rhumatisme dans les jambes; ses deux sœurs et ses cinq frères sont vivants et bien portants. Il ne se souvient pas avoir eu des maladies dans son enfance. Il a eu une pneumonie il y a deux ans, suivie d'empyème et il a été opéré au Jefferson Hospital et a guéri complètement.

Il y a un an, on lui a fait une herniorrhaphie au même hôpital qui a donné également de bons résultats. Il a toujours vécu dans l'Etat de Pennsylvanie. Son poids maximum a été de 135 livres. Il croit avoir perdu 15 livres pendant les 6 derniers mois.

L'examen physique montra un jeune homme pâle, maigre, d'environ 16 ans. Il paraissait être déshydraté, était vif et intelligent. La tête était de taille et de forme normales, couverte d'une abondante chevelure noire. Yeux négatifs. Le dorsum du nez était quelque peu déprimé, faisant penser à un dos de selle et était obstrué; le septum était droit. Les dents faisaient penser à la maladie de Hutchinson, plusieurs étaient gâtées; l'hygiène de la bouche était défec- tueuse. Les amygdales étaient déchiquetées et paraissaient malades. Le cou présentait un gonflement des glandes de la chaîne cervicale supérieure. La poitrine était assez émaciée; base gauche en partie rentrée, due à la thoracotomie; respiration haletante à la partie supérieure gauche du poumon, signes de gonflement des glandes péribronchiales. Cœur : pointe légèrement déplacée vers la gauche, mais ne présentant pas de trace de maladie. L'abdomen légèrement creusé, sans rigidité musculaire, bien que les muscles de l'abdomen devenaient rigides à la palpation. A la palpation le colon descendant ressemblait à une masse en forme de saucisse molle. Un petit nodule sensible, de la

grosseur d'une noix (noix d'Amérique) était palpable dans la région hypogastrique opposée au promontoire du sacrum. Le foie était normal, la rate palpable; les reins non palpables; organes génitaux normaux. Rectum : région anale quelque peu excoriée; débris de mucus tachés de sang adhéraient à l'anus. Le sphincter un peu relâché.

La température s'élevait quelquefois à 99° F., pouls entre 80 et 86; respiration 25 environ à la minute.

Examen de laboratoire

Urine : négatif.

Sang, 9 juin 1926 : leucocytes, 10.000; hémoglobine, 12,1 gr; polynucléaires, 66 p. 100; lymphocytes, 32 p. 100; de transition 2 p. 100. — 24 juin 1926 : érythrocytes, 4.010.000; leucocytes, 6.000; hémoglobine, 12,4 gr; polynucléaires, 68 p. 100; lymphocytes, 32 p. 100.

Wassermann : négatif.

Chimisme du sang : 9 juin 1926 : sucre du sang, 96; urée, 9; acide urique, 3.

Test à la tolérance au sucre (24 juin 1926), sucre sanguin (régime de jeun), 79; on donna 100 gr. de glucose; 30 minutes plus tard sucre 150; 45 minutes plus tard 150; 60 minutes plus tard 142; 75 minutes plus tard 135; 150 minutes plus tard 122.

Examen des matières : liquide, mucoïde, non fétide, pas de sang, négatif quant aux parasites, œufs, bacille de Shiga et bacille de la tuberculose; colibacilles abondants.

Examen radiologique

L'examen des intestins du malade au moyen de baryum : impossible de distinguer le contour normal du rectum. Pendant plusieurs minutes, aucun liquide ne pouvait pénétrer dans le rectum. Quand il pénétra, ce fut un jet brusque. Plusieurs régions translucides à travers le sigmoïde et le colon pelvien.

Diagnostic : syphilis probablement.

L'examen digital et sigmoïdoscopique du rectum révélait un rectum sujet à des spasmes, avec des zones ulcérées et rugueuses et une occlusion partielle.

Diagnostic

Le diagnostic de ce cas, basé sur les faits ci-dessus mentionnés, était celui de colite ulcérente, mais d'étiologie douteuse.

1. — Le fait que le malade était un jeune homme de 18 ans qui avait du gonflement des glandes péri-bronchiales, qui avait eu de l'empyème 2 ans auparavant et la présence d'une analyse sanguine assez bonne avec une quantité presque normale de leucocytes, suggéraient la possibilité d'entérite tuberculeuse. Mais en raison de l'absence presque complète

de douleur abdominale et l'absence de ballonnement abdominal, l'absence de bacilles tuberculeux dans les matières, l'absence de la courbe de température caractéristique et aucun signe de tuberculose dans les poumons, le diagnostic d'entérite tuberculeuse fut à peine considéré.

2. — Le radiologiste soupçonnait une infection syphilitique. Le malade avait un nez en forme de selle; les dents de la maladie de Hurchinson; par conséquent on pensa un moment à la syphilis. Mais le Wasserman négatif, l'absence de manifestations syphilitiques ailleurs, la diarrhée, l'absence d'anémie et de lésions spécifiques définies, rendirent le diagnostic de colite syphilitique improbable.

3. — La colite ulcéralente simple ou catarrhale chronique n'était pas un diagnostic satisfaisant, en raison des très nombreuses garde-robes, et de la petite quantité de mucus, la présence occasionnelle de sang et le méléna pendant 2 jours seulement. De même l'absence de douleur abdominale violente et de tenesme.

4. — L'infection parasitaire fut écartée en raison de l'absence de parasites ou d'œufs dans les selles, l'absence de troubles digestifs, d'anémie et d'œsinophiles.

5. — En raison de la courbe de tolérance au sucre assez particulière, de méléna, des selles, de la présence d'un nodule tendre dans le bas-ventre et malgré la jeunesse du sujet, l'absence d'anémie et de cachexie, on soupçonna la malignité intestinale et l'on fit une biopsie.

Biopsie

La biopsie protoscopique fut faite par le Dr Wells. Le spécimen fut examiné par le Dr J. S. Goforth qui en fit la description suivante : morceaux de tissus d'une masse obstruant le rectum. Examen pathologique : peu de chose à déterminer à l'œil nu. Coupes : tissu fibreux enflammé, larges taches de matière mucoïde dans lesquelles croissent des cellules glandulaires malignes. Adénocarcinome avec dégénérescence mucoïde. Diagnostic pathologique : adénocarcinome du rectum avec dégénérescence mucoïde marquée.

Conclusion

Les points intéressants de ce cas sont : la jeunesse du malade, l'absence d'anémie et de cachexie. L'absence de douleur et la diarrhée profuse avec léger saignement. La tolérance au sucre très particulière et la présence d'un nodule douloureux dans le bas-ventre.

Il faut retenir de cette observation que dans le cas de diagnostic douteux, tous les facteurs étiologiques, si improbables puissent-ils être, doivent être recherchés soigneusement par toutes les méthodes en notre pouvoir.

OBSERVATION VI

Dr FELIX A. SPITTLER

Carcinôme colloïde du rectum chez un jeune homme

Un garçon de dix-huit ans fut admis à l'hôpital Saint Alexis en décembre 1926 pour le motif suivant: depuis septembre il avait des crises de constipation. Ces crises passagères d'abord n'exigeaient aucune médication. Elles devinrent plus fortes et durèrent plus longtemps. Depuis novembre, il a été constamment constipé et a eu recours à des Cathartiques afin de provoquer des mouvements actifs de l'intestin. Du sang, du mucus se rencontrent parfois dans les selles. Durant les six ou huit semaines qui précédèrent son admission, il souffrit d'une douleur sourde dans la région inférieure de l'abdomen et dans la région du rectum. Cette douleur était fortement augmentée par les mouvements de l'intestin. Les premiers signes de faiblesse et des évanouissements apparurent environ 4 semaines avant son admission à l'hôpital. Il ne se plaignait d'aucun symptôme, les antécédents héréditaires concernant le cancer étaient négatifs. Ils n'existaient dans son histoire aucun fait de traumatisme ou d'irritation continuelle de longue durée à l'intérieur ou autour du rectum. Il n'avait subi aucune opération.

L'examen physique révèle, au premier abord, un garçon parfaitement bien constitué et légèrement émacié. L'examen général physique ne montre rien de remarquable, il n'existait pas de masse palpable dans l'abdomen, ni de saillies du rectum.

Au toucher rectal l'extrémité du doigt explorateur rencontre une masse dure, empiétant sur l'intestin au point de réduire le calibre à la dimension d'un crayon. La tumeur était dure, irrégulière. Elle était indolore et de la grisseur d'un citron; elle ne saignait pas facilement car il ne se produisait pas d'hémorragies même après plusieurs examens. Le contrôle du sphinctère n'était pas diminué. La réaction Wassermann du liquide céphalo-rachidien était négative ainsi que celle du sang.

Le 21 décembre 1926, ce malade fut opéré. La tumeur fut trouvée à la jonction du rectum et de l'anse sigmoïde. L'infiltration maximum siégeait à la parois supérieure du rectum où la tumeur s'attachait au tissu environnant. Par examen plus attentif, on s'aperçut que les ganglions sacrés et lombaires étaient atteints. Pour cette raison l'exerese de la masse ne fut pas tentée. Le premier temps de colostomie fut alors pratiqué, une petite masse fut prélevée pour examen microscopique.

Huit aiguilles de radium furent insérées dans la masse par l'orifice anal et laissées en place pendant

18 heures. La colostomie fut ouverte 4 jours au galvanocautère. Les 8 aiguilles de radium furent insérées à nouveau à un intervalle de 5 jours et laissées 24 h. L'examen microscopique donna le résultat suivant.

Une des coupes montre dans la muqueuse et la sous muqueuse de nombreux éléments glandulaires constitués par des cellules pauvrement colorées, en voie de dégénérescence colloïde; celles-ci apparaissent en I par place et enveloppent un tissu de structure plus épaisse.

Diagnostic : carcinome colloïde du rectum.

La colostomie fonctionna parfaitement bien pendant le séjour du malade à l'hôpital. Il fut enlevé de l'hôpital le 1^{er} janvier 1927, contre notre gré, il faiblit et mourut le 22 juin 1927, 6 mois après son admission à l'hôpital et 10 à 11 mois après l'apparition du premier symptôme.

Il n'y eut pas d'autopsie.

CHAPITRE II

ANALYSE DES OBSERVATIONS

AU POINT DE VUE CLINIQUE

SYMPTHOMATOLOGIE

Il nous semble assez difficile de mettre en évidence une symptomatologie absolue du cancer du rectum chez les jeunes gens. De même que dans le cancer en général ou dans ses différentes localisations, on se trouve en présence d'un polymorphisme décevant, et les manifestations du mal sont loin d'être constamment les mêmes.

Cependant, comme nous l'avons remarqué à la lecture des observations précédentes, certains symptômes sont au moins constants s'ils ne sont pas caractéristiques.

Nous rappelons encore une fois et nous ne craignons pas de nous répéter, car c'est le point important de notre thèse, mis en évidence par nos statistiques, qu'il faut penser au cancer du rectum chez les jeunes gens, car il existe au pourcentage de 4 sur le total des cancers rectaux.

Nous allons maintenant essayer par l'analyse de nos observations et l'étude des symptômes les plus caractéristiques et les plus constants, à établir une symptomatologie qui nous aidera à le dépister. Car si les symptômes classiques

rectorragie

douleurs

troubles de la défécation

font immédiatement penser au cancer du rectum chez un sujet d'environ 50 ans, le cancer rectal chez les jeunes n'a été jusqu'alors qu'une trouvaille, un hasard d'examen où l'aboutissant de recherches prolongées dans un cas difficile, car cette question n'a pas été très étudiée et aucun essai de ce genre n'a été tenté encore.

Revenons donc à nos observations.

Dans la première, Jeanne B..., 18 ans, belle santé apparente, dont un frère est rentré du Levant où il a eu la dyssentrie présente depuis 6 mois des alternatives de diarrhée sans troubles intestinaux ni d'évacuation entre les crises. Comment penser à un cancer

du rectum alors que la dyssenterie amibienne paraît tellement vraisemblable?

De cette observation nous devons cependant retenir troubles intestinaux 6 mois avant de consulter, paroxisme de diarrhée avec glaires abondantes et épaisses, résistance au stovarsol.

Notre observation II, bien que les 24 ans du malade fassent penser à tout autre chose est déjà plus riche en symptôme. Le sujet est pâle, anémié. Depuis 6 mois il présente de légers troubles intestinaux, il a des douleurs abdominales vagues, des alternatives de constipation et de diarrhée, des rectorragies de sang rouge, des faux besoins qui aboutissent à l'expulsion des glaires.

Si ce malade avait eu 50 ans, on aurait été obligatoirement aiguillé vers le cancer du rectum et devant une telle symptomatologie, il était difficile de ne pas faire le toucher et la rectoscopie. Comme on le voit, cette observation est des plus instructives. On y trouve transporté dans la jeunesse tous les symptômes de l'âge mûr.

Notre observation III, en dehors des 28 ans du fils, présente un cas étonnant. Nous avons déjà signalé dans notre chapitre d'étiologie, des cas à peu près semblables de cancer chez les différents membres d'une famille. Mais ce qu'il y a de particulièrement curieux dans cette observation, c'est l'apparition du cancer chez le père qui ne modifie pas très sensiblement

l'état antéritique du vieux colonial qui avait eu depuis 15 ans un grand nombre de crises de diarrhées, alors que chez le fils on trouve des symptômes plus nets datant de 3 ou 4 mois : diarrhée paroxystique, faux besoins avec glaires, amaigrissement, pâleur. Quant au reste, il nous est difficile évidemment d'interpréter la coexistence des deux cancers, quoique dans ce cas la forme des tumeurs et l'étude histologique des prélèvements faits chez le père et le fils semblent dépasser les possibilités du hasard.

L'observation IV de l'Américain Clarke est à la limite de notre sujet, puisque le cancer est surtout sigmoïdien. Elle est intéressante cependant, car le sujet a 16 ans, le début de la maladie remonte à 6 mois, on trouve du sang dans les selles et celles-ci contiennent des mucosités d'odeur infecte.

Dans l'observation V le sujet a 18 ans. Il était en excellente santé quant, il y a 6 mois, il commença à avoir 4 selles par jour d'abord, puis leur nombre a augmenté jusqu'à une selle tous les quarts d'heure. Elles contiennent peu de matières, elles sont principalement composées de liquide blanchâtre ou grisâtre sans odeur particulière, mais il y a des traces de sang. Absence de douleurs, de constipation. Adénopathie.

Notre observation VI est un peu plus embrouillée. Cependant, si l'on additionne les périodes écoulées

entre les différentes dates citées, on trouve que l'origine de la maladie remonte à 4 mois 1/2 - 5 mois. Nous trouvons aussi comme premier symptôme la constipation, puis du sang et des mucosités dans les selles, et plus tard une douleur sourde dans la région pelvienne.

Ainsi donc, comme le montrent les observations I - II - IV - V, le cancer du rectum chez les jeunes gens se manifeste dans les 6 premiers mois par des troubles assez peu importants, puisque les malades ne pensent pas à consulter. Dans les observations III et VI, le délai est réduit à 4 et 5 mois. Cette différence est trop faible pour en faire une par particularité, de telle sorte que nous pouvons dire :

1° Le cancer du rectum chez les jeunes, de même que celui de l'âge mûr et que le cancer en général se développe insidieusement.

Pendant une période d'environ six mois, il se manifeste par de légers troubles intestinaux parmi lesquels nous pouvons distinguer un symptôme important qui se présente sous deux formes :

- a) La constipation ou diarrhée.
- b) Et l'alternative de constipation et diarrhée.

Mais ce sont en réalité :

Des fausses diarrhées, parce qu'il s'agit de selles normales diluées dans du mucus et des sécrétions.

Des fausses constipations parce que le bol fécal normal est retenu par la tumeur qui en se développant fait obstacle.

Or, comme chacun le sait la tumeur cancéreuse que nous avons précédemment qualifiée d'anarchique ne se développe pas d'une façon régulière. Son évolution présente des alternatives d'acalmie et de paroxysme.

Au cours de ces poussées de développement il y a aussi exagération des sécrétions qui se traduisent par la fausse diarrhée, entre temps la tumeur reste un obstacle pour le bol fécal; par conséquent :

Alternatives de constipation et de diarrhée.

En outre, selon que la tumeur appartient à un des trois types anatomo-pathologiques précédemment décrits et selon son emplacement, il peut y avoir prédominance de sécrétion avec seulement diarrhée ou prédominance d'occlusion avec seulement constipation.

Disons aussi que dans certains cas la tumeur éveille un spasme qui gêne le transit.

2° Un autre symptôme important est comme nous venons de le voir :

Présence dans les selles de mucus, de glaires ou de liquides plus ou moins colorés et fétides.

Les sujets jeunes qui n'ont pas été malades s'observent peu. Ils accusent des selles nombreuses, mais ils ne s'aperçoivent que plus tard de leur aspect lorsque

la durée de leur malaise évoque des inquiétudes. Ce symptôme est constant dans nos six observations mais les mucosités et les glaires sont très variables d'aspect selon les cas.

3° *Les faux besoins avec ou sans tenesme.*

Ils résultent de l'irritation provoquée par les mucosités ou les glaires. Ils sont d'autant plus fréquents que les sécrétions sont plus abondantes; parfois ils deviennent intolérables, tel le cas de l'observation V où ils se renouvellent tous les quarts d'heure.

4° *Présence de sang dans les selles.*

Il s'agit presque toujours de sang rouge à type hémorroïdal. Cependant, dans les formes hautes on peut observer du moëlena. Le saignement est plus ou moins abondant selon que c'est une tumeur bourgeonnante où les rectorrhagies sont précoces, fréquentes, mais peu abondantes, ou alors d'une forme sténosante en virole qui tôt ou tard se rompt ou se déchire au cours d'une compression ou d'une selle et entraîne souvent une hémorrhagie abondante.

5° *Les douleurs.*

Elles semblent moins constantes parce que plus tardives. Ce sont des douleurs indéfinies, vagues, abdomino-pelviennes irrégulières quant à leur intensité et leur fréquence. Elles constituent un mauvais symptôme parce qu'elles dirigent les recherches vers la vessie, la prostate, l'appendice, l'intestin, la vésicule, et

égarent souvent le diagnostic. En général, elles augmentent à mesure que le mal se développe et souvent deviennent rapidement atroces.

6° Nous devons signaler aussi :

La forme anormale des matières.

Ce symptôme existe lorsque la tumeur est très basse; les matières ont alors quelquefois des formes applaties, rubannées, en spires, comme si elles étaient passées à la filière.

7° Enfin, la *pâleur*, l'*amaigrissement*, la *faiblesse* que l'on rencontre dans tous les cancers appartiennent aussi à cette symptomatologie. Ces signes sont moins importants que dans le cas de l'âge mûr, car chez les jeunes le mal évolue très vite et la plupart du temps la tumeur atteint un développement considérable avant que l'état général soit nettement altéré.

NOUS POUVONS DONC DIRE EN RÉSUMÉ : LES SIGNES
DU CANCER DU RECTUM CHEZ LES JEUNES GENS SONT :

1° *Etat intestinal datant de six mois, résistant aux médications.*

2° *Constipation, diarrhée, ou alternative.*

3° *Présence de mucus, de glaires et de liquides ichoreux dans les selles.*

4° *Faux besoins.*

5° *Rectorrhagie.*

6° *Douleurs indéfinies abdomino-pelviennes.*

7° *Anémie, émaciation.*

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fait avec le doigt, la rectoscopie et l'examen histologique; aucun des symptômes que nous venons de voir n'étant en effet spécifique.

Nous ne nous étendrons pas ici sur la façon de faire un touché ou une rectoscopie ni sur la sensation que donne au bout du doigt les différentes formes de tumeurs, ni sur leur aspect. Ces questions ont été magistralement traitées dans plusieurs ouvrages; les tumeurs des jeunes sont les mêmes que celles des vieux, elles n'ont qu'une particularité c'est d'être inattendues. Nous insisterons seulement sur l'examen histologique.

Les prélèvements doivent être faits avec beaucoup de soin. Aussi la rectoscopie qui nous permet de faire la biopsie sous le contrôle de la vue a-t-elle une importance considérable; et comme on est tout à l'aise pour prélever des fragments, il faut en prélever plusieurs sur différents points. Dans notre observation II, ne voyons-nous pas, en effet, qu'un seul prélèvement sur trois révéla la malignité. Ce fait est relativement

fréquent dans les biopsies du cancer du rectum, et depuis longtemps Bensaude a insisté sur l'intérêt qu'il y avait en cas de résultat négatif de prélever et d'examiner plusieurs fragments.

Citons au point de vue des recherches de laboratoire que les Américains attachent, comme nous l'avons vu dans l'observation V, une certaine importance à l'étude de la courbe de la tolérance au sucre.

Le diagnostic différentiel est à faire avec :

Entérite muco-membraneuse.

Dyssenterie amibienne.

Diarrhée parasitaire des coloniaux.

Syphilis et tuberculose anale.

Rectite gonococcique.

Hémoroïdes ulcérés.

Polypose adénomateuse.

Polypes du rectum et de l'anوس.

Rétrécissements du rectum.

Rectite proliférante.

Prolapsus ulcéré.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Il est pénible de terminer l'étude clinique d'une affection sans exposer un traitement « up to date » plus efficace que ceux précédemment employés.

C'est pourtant notre cas.

Non seulement nous n'exposerons pas « une thérapeutique miracle » mais nous serons obligés de conclure sur des statistiques désolantes.

C'est ainsi que dans les observations I, II, IV, VI on signale l'évolution fatale. Dans l'observation III, M. le docteur Carrier a perdu de vue le malade et dans l'observation V Loewenberg, de Philadelphie, passe subitement de l'examen histologique à des conclusions étiologiques en nous laissant évidemment supposer que le malade n'avait point eu de survie appréciable.

L'incurabilité du mal tient en effet à ce que le cancer du rectum, comme tous les cancers se développe d'autant plus vite que le sujet est plus jeune et présente plus de vitalité. Et la rapidité du développement dans un organisme jeune qui résiste jusqu'au bout fait que l'on s'en aperçoit toujours trop tard; de telle sorte que l'exérèse chirurgicale donne les résultats que nous venons de voir.

La chirurgie est en effet le seul traitement des cancers rectaux, histologiquement cylindriques, car ni la radio, ni la radium-thérapie n'agissent sur eux à l'encontre du cancer anal. Le docteur Carrier résume ainsi la question dans son article analytique sur les nouveautés en pathologie digestive de l'année 1931 paru dans le *Monde Médical*.

Le traitement du cancer du rectum, écrit-il, a été l'occasion d'importantes discussions dans les diverses sociétés savantes, en particulier à Londres à la Société Royale de Médecine, et à Paris à la Société de gastro-antérologie. De ces discussions il résulte que le traitement par le radium n'a jusqu'ici donné que des mécomptes; Lacassagne étudiant la statistique de l'Institut du Radium de Paris conclut que la radium-thérapie peut seulement donner des sédations incomplètes et temporaires qui peuvent dans certains cas faciliter ou même permettre un traitement chirurgical curateur. Au contraire, les cancers de l'anus de constitu-

tion histologique très différente (épithélioma-pavimenteux) et de radio sensibilité beaucoup plus grande sont justifiables beaucoup plus du radium que de la chirurgie. De la discussion de Londres il résulte que la radium-thérapie doit être employée seulement dans les cas suivants :

1° Cas inopérables.

2° Cas où il y a contre-indication opératoire du fait de l'état général.

3° Cas où le malade refuse la colostomie.

4° Cas où l'on pense faciliter l'intervention chirurgicale.

C'est sensiblement aux mêmes conclusions qu'aboutissent Ch. Gordon-Watson qui estime que la radium-thérapie doit être faite systématiquement qu'au-dessous de trente ans ,l'échec opératoire étant de règle chez les jeunes sujets, et H. H. Bowing, R. E. Fricke et F. R. Harper pour lesquels la radium-thérapie ne doit être considérée que comme un adjuvant du traitement chirurgical.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

Ce que nous devons retenir de cette étude est simple et peut se résumer brièvement.

1° Le cancer du rectum chez les jeunes gens existe bien que rare.

2° Il faut y penser lorsqu'on se trouve en présence de troubles intestinaux qui durent et qui résistent aux thérapeutiques employés, surtout quand on est en face des symptômes suivants :

- a)* Constipation, diarrhée ou alternative.
- b)* Présence de liquides, de glaires, de mucus dans les selles.
- c)* Faux besoins.
- d)* Rectorrhagie.
- e)* Douleurs indéfinies abdomino-pelviennes.
- f)* Fatigue général, anémie.

3° Il faut faire le toucher rectal et l'examen rectoscopique et ne pas craindre de pratiquer plusieurs biopsies en différents points.

4° Si le cancer est anal, c'est-à-dire pavimenteux, essayer la radium-thérapie, s'il est rectal, c'est-à-dire cylindrique tenter l'exécèse.

5° Retenir que le pronostic chez les jeunes gens est extrêmement grave pour ne pas dire fatal.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse.*
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- E. E. Pribram (Leipzig), *Du traitement du cancer du rectum* (Arch. für klinische Chirurgie, 1922, vol. CXX, fasc. 1.)
- Köhler : *Contribution à l'étude du cancer du rectum* (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, an LXIX, n° 20.)
- G. Matolay (Budapest) : *Résultats des opérations pour cancer du rectum* (Orvosi Hetilap, an LXVII, n° 41, 21 oct. 1923.)
- Chalier et Mondor : *Cancer du rectum*, Doin, 1924, p. 2.
- E. P. Lasnier (Montevideo) : *Cancer du rectum chez un enfant de treize ans* (Archives latino-americanas de Pediatría, t. XVII, n° 5, mai 1923.)
- Matignon et Fruchaud : *Cancer du côlon sigmoïde chez un jeune homme de quinze ans* (Soc. de chirurgie, séance du 14 octobre 1931; rapport de Guimbelot.)
- Phifer : *Cancer du rectum et du sigmoïde dans l'enfance et l'adolescence* (Annals of Surgery, Phila, 1923, LXXVII, n° 6.)
- A. L. Girault : *Contribution à l'étude du cancer de l'anse sigmoïde* (Steinheil, Paris, 1914.)
- Lockhart-Mummery : *Pronostic du cancer du rectum* (The Lancet, vol. CCXI, n° 5391, 25 déc. 1926.)

- Balas : *Sur la fréquence du cancer du rectum dans le jeune âge* (Orvosi Hetilap., Budapest, 1911, LV, p. 326.)
- Goinard et Montpellier : *Epithélioma colloïde du rectum et de l'ovaire chez une jeune fille de vingt ans.* (Rev. franç. gynec. et obstétr., janvier 1931.)
- J.-H. Clack : *Cancer du sigmoïde et du rectum chez les enfants et les jeunes gens* (Annals of Surgery, Phil. 1926, déc. p. 883.)
- Coenen : *Cancer du rectum dans la jeunesse.* (Berl. klin. Woch., 1920, LVII, p. 140.)
- Grove (L.-W.) : *Cancer du rectum chez un garçon de dix-neuf ans* (South. med. Journ., avril 1928, p. 309.)
- Loewenberg (S. A.) : *Cancer du rectum chez un jeune homme de dix-huit ans* (Med. journ. et rec., 15 février 1928, p. 183.)
- Rankin F. W. et M. W. Comford : *Cancer du rectum chez les jeunes gens* (J. Tennessee, M. A. juin 1929, pp. 37-42.)
- Spittler (F. A.) : *Cancer du rectum à dix-huit ans* (Annals of Surgery. Philad., août 1928, p. 316.)
- Winternitz : *Carcinome du rectum chez un garçon de quinze ans* (Wien. klin. Woch., 1922, XXXV, p. 22.)
- Comm. de Gordon-Watson, Lacassagne (de Paris), Stanford Cade, J. P. Lockart-Mumméry, W. S. Perrin, Lionel Norbury, E. I. C. Milligan, James (U. S. A.), Turner Warwick, Cuthber Dukes et Cecil Rowntree : *Discussion sur le traitement du cancer du rectum et du colon par le radium* (Proc. of the Royal Soc. of med., S. of Surgery, août 1930.)
- Comm. de A. Lacassagne, H. Hartmann, H. Mondor, R. Gouverneur, et P. Oury, Anselme Schwartz, P. Desmarest, J. P. Lockart-Mummery; W. Ernest Miles, W. B. Gabriel, Saviognas, E. Antoine, J. Ockinczyc, Bergeret : *Le traitement du*

cancer du rectum (Arc. des mal. de l'app. dig., avril, mai et juin 1931.)

Allingham (Wn and H. W.) Méd. New-York, 1896.)

Warthin (A. S.) *Arc. int. Méd.* Vol. p. 444, 1915.

Pennington (J. R.) : *Surg. Gyn. and Obst.* Vol. XLII, p. 73, 1926.

Clark J. A. : *Annals of Surgery*, vol. LXXXIV, p. 833, 1926.

Lynch J. M. : *Journ. Am. Méd. Ass.*, vol. p. 1775, 1917.

Foges A. : *Wein Med. Woch.*, oct. 3, 1913.

Binkley Géo E. : *Am. Journ. Surg.* Vol. 1 p. 87, 1926.

Forgues : *Traité de Pathologie Chirurgicale.*

Challier et Mondor : *Le Cancer du rectum.*

Achart et Loeper : *Traité d'Anatomie pathologique.*

Rougement : *Traitement opératoire du cancer du rectum*,
Lyon, thèse 24, 25, n° 125.

Clyvitch : *Traitement chirurgical du cancer du rectum*, Paris,
thèse 1924, n° 289.

